

Prise en charge des symptômes gênants en fin de vie : Les troubles nutritionnels.

• L'anorexie •

Avertissement	<p>Il existe en soins palliatifs des situations particulièrement complexes. Il s'agit en particulier de certaines détresses en fin de vie : hémorragies cataclysmiques, asphyxie, souffrance rebelle, douleur non contrôlable...</p> <p>Il est essentiel alors :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de vérifier que la personne est bien en phase terminale, - d'anticiper chaque fois que possible une telle détresse, - de prévoir des temps de concertation en équipe pluridisciplinaire, en amont. <p>La Loi "relative aux droits des malades et à la fin de vie" (Loi dite « Leonetti » du 22 avril 2005) donne des repères importants:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le droit du malade au refus de tout traitement ; - Le droit du malade au refus de l'obstination déraisonnable. - Le devoir pour le soignant de ne pas poursuivre des traitements disproportionnés ou futiles. - Le principe des directives anticipées et la place de la personne de confiance. - L'obligation qui est faite aux soignants d'anticiper, de se concerter, de s'appuyer sur une démarche pluridisciplinaire et collégiale, (décret du 6 février 2006), d'argumenter les décisions, et de les écrire dans le dossier du patient. - L'obligation également de poursuivre les Soins Palliatifs même si d'autres soins sont arrêtés. <p>Toutes ces situations ne doivent en aucun cas aboutir à des décisions isolées, ou répondant à des conduites à tenir standardisées, ou encore être prise sans discernement et recul.</p>
----------------------	--

Objectifs	<p>Il est nécessaire de définir les objectifs individualisés de toute décision concernant la nutrition :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Soit la nutrition a pour but d'éviter les complications : il s'agit de définir lesquelles et de définir les modalités de suivi. ○ Soit la nutrition a pour but simplement de préserver le confort.
	<p>Un patient en fin de vie n'a pas les mêmes sensations que nous. La nutrition et l'hydratation sont deux actions qui prennent une autre envergure à ce moment là. Si le patient est capable de s'exprimer, il faut faire attention de ne pas juger à sa place. Le soignant doit s'attacher à répondre aux besoins du malade.</p>

Date de première édition :	Mars 2006
Actualisation le :	22 janvier 2009
Par :	Dr. Cécile BESSET, Dr. Christophe PETITJEAN
Validée par le Groupe de Travail : Janvier 2009	

Prise en charge des symptômes gênants de l'adulte en fin de vie : L'anorexie.

<p>Population et contexte particulier</p>	<p>Trois phases sont distinguables en situation palliative :</p> <p>A. Phase active : "améliorer le pronostic"</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Soins de bouche ○ Apport hydrique oral ou entéral, ou parentéral ○ Alimentation équilibrée et quantitativement adaptée ○ Enrichir l'alimentation (protéines, œufs) ○ Compléments oraux ○ Stimuler l'appétit <p>B. Phase intermédiaire : "éviter les complications"</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Soins de bouche ○ Hydratation orale ou par perfusion sous-cutanée ○ Fractionner les repas, proposer un complément oral ○ Evaluer régulièrement le malade <p>C. Phase "symptomatique" : "préserver le confort"</p> <p>"Il ne s'agit pas de faire boire ni d'hydrater, mais de garder des muqueuses humides pour le confort du malade" :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Soins de bouche ○ Hydratation orale : glace, ananas... ○ Eventuellement plats froids ○ Evaluation avec le malade <p>Les recommandations suivantes ne concernent que les phases "B" et "C"</p>
--	--

<p>Principes de prise en charge</p>	<p>A. Définir les objectifs de soins et les modalités d'évaluation de ce qui est proposé :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Evaluation sur la qualité de vie, évaluation sur la prévention des complications, sur l'état cutané... Ainsi le choix doit être fait sur un des objectifs ci-dessus. ○ Cet objectif doit être explicité à la personne et à l'équipe de soins, puis aux proches si besoin. <p>B. Quand l'objectif est de prévenir les complications :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ L'hydratation est importante (renvoi à la fiche d'intervention sur la déshydratation). ○ Si la nutrition entérale était déjà commencée et qu'il est décidé de l'arrêter, une hydratation orale ou parentérale est à proposer selon les symptômes. ○ L'importance des soins de bouche est toujours à rappeler (renvoi à fiche adéquate). ○ Ici, les compléments nutritionnels ont toute leur place, ainsi que l'adaptation des repas. ○ On rappelle qu'il est possible de prévoir des repas à la carte et de solliciter l'avis des diététiciens. ○ Puisque l'objectif est de prévenir les complications (décubitus, malnutrition, infections...) il faut évaluer régulièrement l'intérêt des démarches entreprises sur celles-ci, quitte à modifier les objectifs en cas d'échec (voir ci-après) ○ L'alimentation entérale, surtout la sonde naso-gastrique, n'est pas à proposer. Elle provoque un important inconfort du patient et rend difficile la communication avec son entourage.
--	---

	<p>D. Cas particulier:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Gastroparésie (sensation de satiété rapide) : On peut lui proposer des médicaments prokinétiques (métoclopramide ANAUSIN*, PRIMPERAN*, dompéridone MOTILIUM* ou cisapride PREPULSID*). ○ Si le patient le demande, on peut essayer d'augmenter l'appétit et le bien-être du patient avec : <ul style="list-style-type: none"> - les corticoïdes ; surtout lorsque le patient a une espérance de vie limitée. - les progestatifs (acétate de mégestrol MEGACE*, acétate de médroxyprogestérone FARLUTAL*) ; surtout si la maladie a une progression lente.
	<p>E. Quand la question se pose d'arrêter une nutrition artificielle :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Toutes ces questions s'intègrent dans une démarche éthique et font en particulier référence à la loi 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. ○ La décision d'arrêt d'une nutrition ou de mise en route d'une nutrition artificielle doit faire l'objet d'une discussion avec le patient s'il est capable de s'auto-déterminer ; ou sinon d'une démarche d'équipe sur des principes éthiques après avoir clairement établi des objectifs de soins. ○ Celle-ci est à expliquer clairement au patient mais aussi à sa famille. ○ La nutrition non désirée n'est ni médicalement, ni éthiquement justifiée chez les patients en phase terminale et ne devrait pas être considérée comme un soin de confort en fin de vie. Elle peut aggraver les souffrances sans amélioration évidente pour le patient. ○ L'arrêt d'une nutrition non désirée peut avoir des effets positifs augmentant le confort du patient et son bien-être. L'appétit peut être réduit ou disparaître sans le risque de faim dévorante qui accompagne une nourriture insuffisante. Le confort sera aussi favorisé par la réduction des diarrhées, des sécrétions respiratoires et des émissions d'urine.

Références	Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs, ANAES, décembre 2002
	La revue du praticien, Médecine Générale tome 5, n°130
	La revue du praticien 1999, 49
	Fiche d'intervention FISPA : "Prise en charge des symptômes gênants en fin de vie : voie sous cutanée"
	Nutrition en phase terminale, "The American Journal of Medicine", Stephen M. Winter, 15 décembre 2000, volume 109
	Mobiqual : programme de formation en EHPAD, Société Française de Gériatrie et de Gériatrie, www.mobiqual.fr